



11226
22/128
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 68**

**ESTUDIO DE SINTOMAS EN LA VIDA MEDIA
CON REFERENCIA ESPECIAL A LA
MENOPAUSIA.**

TESIS RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO
DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

IRMA PEÑA GONZALEZ



TULPETLAC, EDO. DE MEX.

1987

FALLA DE ORIGINAL



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

APROBACION	.....	II
AGRADECIMIENTO	.....	III
CONTENIDO	.....	IV
RESUMEN	.....	V
INTRODUCCION	.....	1
JUSTIFICACION	.....	3
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS	.....	6
HIPOTESIS	.....	20
OBJETIVOS	.....	21
MATERIAL Y METODOS	.....	22
RESULTADOS	.....	26
DISCUSION	.....	35
CONCLUSIONES	.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	.....	39

RESUMEN

En el HGZ No.68 IMSS, se llevó a cabo un estudio durante cinco meses en 660 mujeres de 35 a 65 años de edad.- Con el fin de observar si existía alguna relación de síntomas psicológicos con la menopausia. Para ello, se efectuaron entrevistas y la aplicación de un cuestionario, a través de lo cual fue posible la obtención de los síntomas y al mismo tiempo permitía la exclusión de aquellas mujeres que no eran candidatas para ingresar al estudio.

Los resultados obtenidos, sugirieron una mayor incidencia en las edades de 50 - 52 años de edad. Considerando se éstas, como edad Menopáusica. Además antes de su presentación hubo un pico prevaleciente de trastornos de tipo mental. Confirmándose así la relación existente.

INTRODUCCION

Durante más de catorce siglos, se ha comprobado una señal biológica de la senescencia reproductora en el ser humano, en especial en la mujer. Este hecho no se había observado en los primeros humanos ni en la mayoría de los primates debido a que, no sobrevivían tiempo suficiente para que tal edad rígida de promedio para la menopausia hubiera evolucionado en ésta forma.

Si tomamos en cuenta la base evolucionista de la fijación de ésta constante biológica en la vida reproductora de la mujer, comprenderemos que un gran número, viven por lo menos la tercera parte de su vida después de la disfunción ovárica. Desafortunadamente, es imposible considerar una selección Darwiniana en la longevidad de la hembra pero, sea cual sea la base de la longevidad mas allá de su capacidad reproductora, actualmente las mujeres superan a sus compañeros del sexo opuesto es decir, que viven más tiempo.

Estas consideraciones son de valor para el enfoque clínico de los problemas en mujeres menopáusicas, debido a las múltiples connotaciones que se le atribuyen, incluyen-

do; cambios físicos como psicológicos. Existiendo aún una carencia de información científica, relativo a algunos aspectos de éste período de vida, por lo cual a veces resulta difícil estimar: Que síntomas dependen de alteraciones hormonales, cuales a un proceso normal de envejecimiento - y cuales resultan de los diversos reajustes psicológicos - que normalmente tienen lugar en la mayoría de las mujeres, durante las décadas cuarta y quinta de la vida.

Cabe mencionar que algunos organismos se adaptan con rapidéz a ésta nueva situación, de tal forma que apenas o sutilmente se presentan los trastornos carenciales. Sin embargo, son más frecuentes los casos en los que se observan éstos, debido al cese paulatino de la función ovárica.

JUSTIFICACION

La edad promedio de la presentación del síndrome climatérico, no ha cambiado desde el siglo VI dJC. No comprendemos la base evolucionista de la fijación de ésta constante biológica en la vida reproductora de la mujer, el hecho es que la mayor parte de las mujeres viven por lo menos la tercera parte de su vida fértil después de la senescencia. Los trastornos ocasionados por la insuficiencia ovárica debida a la edad, a causa de la mayor duración de la vida, - adquiere cada vez mayor importancia. Ya que la vida media probable de las mujeres de la actual generación ascenderá a 60-70 años. Gracias al progreso higiénico y médico, es - mucho mayor que la registrada en siglos anteriores.

La función ovárica no corre pareja con el alargamiento de la vida porque, entre la cuarta y quinta década de la vida ésta discrepancia plantea la situación no considerada en toda su amplitud, a menudo trágica en la mujer que tiene que vivir un tiempo relativamente prolongado de su vida sin función ovárica. La consecuencia de ésa disarmonía afisiológica es toda una serie de complicaciones, psíquicas y físicas que desde el punto de vista médico no ha merecido la suficiente atención.

La declinación de las funciones gonadales trae como consecuencia la aparición de una serie de fenómenos tanto orgánicos como mentales que, cuando se desarrollan armónicamente pasan más o menos desapercibidos pero, cuando no sucede ésto, producen trastornos menstruales, vasomotores, metabólicos y psíquicos, constituyendo la sintomatología del síndrome climatérico. Además éstos varían en cada mujer debido a: Factores raciales, constitucionales, nutricionales, educativos y sociales.

Por otra parte los desajustes emocionales que intervienen en ésta etapa de la vida ciertamente son obvios, aunque algunos síntomas son deliberadamente encubiertos por muchas mujeres por desconfianza a ellas mismas y hacia la sociedad. Es en ésta época de la vida, en donde se observa mayor número de divorcios, suicidios y un estado de negativismo que se exhibe cotidianamente hacia cualquier actividad así como indolencia, llegando en ocasiones a la neurosis muy avanzada. Ante lo cual la sociedad toma una actitud oscura hacia los problemas climatéricos.

Es estadísticamente grande el número de periódicos, revistas y libros, sobre el manejo de éstos síntomas. El temor por ellos ha declinado entre la población, ahora un número substancial de mujeres consultan al médico para obtener orientación e información, favoreciendo la disminución de su estado de angustia y temor, ante el período de su vida al que se enfrentan.

Quizás todo lo anterior, sea causa de motivación para

que nosotros los médicos tomemos conciencia para establecer programas, no sólo de reemplazo hormonal sino también encaminados a la obtención de un mejoramiento físico, psicológico y social durante ésta etapa de la vida.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

La mujer atraviesa por varias fases durante su nacimiento hasta su muerte. En México, se ha aceptado que el término niña comprenda desde el nacimiento hasta el cuarto mes de edad. Prepubertad desde el cuarto mes hasta el octavo u onceavo año de vida. La postpubertad hasta la presentación de la menarca. La adolescencia, va desde la menarca hasta los 18-19 años de edad. Posteriormente se pasa a la vida sexual activa de la mujer, en éste lapso se establece una homeostasis, en cuanto a las relaciones de tipo hormonal, que persiste hasta que se presenta el Climaterio que va de los 35-65 y/o 40-55 años de edad (1).

El término Climaterio, deriva de una palabra griega - que significa "Peldaño de la escalera". Además se le denomina como aquel período de la vida durante el cual dejan de funcionar las gónadas. En el momento, en que sobreviene la última de las hemorragias cíclicas, se denomina Menopausia. El período que antecede a la menopausia, en el que el ritmo de las hemorragias menstruales comienzan a tener una distribución irregular, Premenopausia y a la época que sigue a la menopausia en donde predominan los baches de amenorrea se le llama Postmenopausia.

Por lo tanto, El Climaterio comienza con el cese de la función generativa y termina con la adaptación del organismo a las gónadas casi faltas de función. Cuando se ha agotado la reserva de folículos, en cualquier estado de maduración en los ovarios, cesa su función paulatinamente. - Ello sucede generalmente en la segunda mitad de la cuarta década de la vida, es decir. La edad media en la que aparece la Menopausia es a los 49.7 años de edad.

Se han reportado múltiples síntomas del Síndrome Climatérico, entre los más importantes y por orden de frecuencia se encuentran:

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1.- Bochornos | 7.- Irritabilidad |
| 2.- Fatiga | 8.- Depresión |
| 3.- Artralgias, mialgias | 9.- Vértigo |
| 4.- Cefalea | 10.- Palpitaciones |
| 5.- Nerviosismo | 11.- Hormigueo |
| 6.- Insomnio | |

Otros de los síntomas también considerados, pero menos frecuentes son: Hiperhidrosis, náuseas, fobias, compulsiones etc. (2).

Fases del Síndrome Climatérico de acuerdo a los diversos comportamientos que muestran las glándulas endócrinas.

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------------|
| I. Preclimaterio. | Alrededor de los 38 años de edad. |
| II. Premenopausia. | Alrededor de los 44 años de edad. |
| III. Menopausia. | Denota la última menstruación. |
| IV. Postmenopausia temprana. | Amenorrea por 12-35 meses. |
| V. Postmenopausia tardía. | Mujeres con tres o más años de menopausia. |

SITUACION HORMONAL EN EL PERIODO PERIMENOPAUSICO

La función folicular en el ovario fetal empieza a las veinte semanas de gestación y continúa brevemente pasada la menopausia. La producción lútea de esteroides ocurre solamente durante el período fértil. Después de la menopausia, la producción continua de esteroides en el estroma del ovario es probablemente incrementado por el aumento de los niveles de gonadotropinas. Los cambios en los niveles hormonales y sus efectos en la premenopausia, perimenopausia y menopausia son descritas como una función de esos cambios.

Los folículos del ovario y el cuerpo lúteo son el origen más importante de la producción de esteroides en la menopausia. La cúspide del número de folículos primordiales en la semana veinte de gestación en el ovario fetal, alcanza un número de 6-7 millones. Después de ese tiempo es remarkable la disminución folicular en el momento del parto, de 400000 a 500000 en la menarca y aproximadamente 1000 folículos en la menopausia. Los folículos preovulatorios y consecuentemente, el cuerpo lúteo no aparece sino hasta al rededor de la menarca, cuando comienzan las variaciones cíclicas de las gonadotropinas. Durante el período fértil, los folículos sensitivos a las gonadotropinas son reclutados para el crecimiento y desarrollo. Y de esos, solamente un folículo por ciclo es seleccionado para la ovulación y transformación a cuerpo lúteo. Hay de 500 a 1000 folículos en el ovario al final del período fértil y son los que tienen más baja sensibilidad a las gonadotropinas, especial -

mente a la FSH, la cual es la principal hormona "reclutadora".

Producción hormonal en la Perimenopausia: Como consecuencia de la privación de la gran sensibilidad folicular, las mujeres con ciclos regulares durante la premenopausia tiende a mostrar niveles bajos de 17- β estradiol (E2), durante la fase folicular y también altos niveles de FSH, siempre en el rango de 40-50 U/Lt. los cuales son comúnmente considerados como valores postmenopausicos. También hay una tendencia hacia el acortamiento de la fase folicular. Un incremento en la producción de FSH puede ser considerada como una compensación del decremento en la producción de (E2) por los folículos, mediado através de una inhibición del efecto negativo de Feed-back para E2. La declinación de los niveles de E2 pueden alcanzar niveles que induzcan a una liberación preovulatoria de HL, aunque ha sido descrito una falla central del mecanismo positivo - Feed-back. Estos mecanismos, sin embargo, pueden ser consecuencia de niveles insuficientes de E2. Los niveles de E2 periodicamente son suficientemente bajos y estar asociados con síntomas de deficiencia estrogénica. En algunas mujeres permanecen los folículos y pueden requerir una exposición prolongada de altos niveles de FSH antes de alcanzar eventualmente la etapa de producción de E2, después de la cual, cualquiera de ellos se convierte en óvulo atrésico. En la ovulación y en el embarazo puede ocurrir una fase de incremento de los niveles de FSH. En el caso de la ovulación y formación de cuerpo lúteo, disminuyen nuevamente los niveles de FSH debido a el efecto negativo de Feed-back

en la producción luteal de E2 y progesterona. Es común una corta e inadecuada fase luteal probablemente como consecuencia de una deficiencia folicular, con unas cuantas células granulosas y un bajo contenido de receptores de HL. Durante éste período, el sangrado puede ocurrir como un sangrado menstrual normal, aunque usualmente con frecuencia es anormal, como brechas de sangrado, debido al escaso pero insuficiente desarrollo folicular. La acción estrogénica sobre el endometrio puede causar hiperplasia endometrial y posiblemente cáncer endometrial.

Producción de hormonas después de la Menopausia: Algunos folículos pueden desarrollarse después de la menopausia, pero eventualmente después de 12-24 meses, no deberían encontrarse folículos en el ovario. La retirada de estrógenos foliculares sería la causa, de 10 a 20 veces del incremento de FSH, pero es menos estable los niveles de LH (aquí es más bajo que a la mitad del ciclo), alcanzando un máximo después de 1-3 años y posteriormente una disminución gradual. Sin embargo los ovarios no están hormonalmente quietos durante éste período. Después de la ooforectomía la menopausia causaría un marcado decremento de los niveles de andrógenos, especialmente en los niveles de testosterona. El estroma del ovario después de la menopausia continúa secretando androstenediona y testosterona y puede siempre incrementar ésta secreción como un efecto en el aumento de los niveles de HL incrementados. Sin embargo, la androstenediona secretada después de la menopausia se deriva de la corteza adrenal y los estrógenos circulantes, derivados a través de la aromatización de la testosterona ová

rica. En ciertos casos los ovarios pueden mostrar hiperplasia del compartimiento estromal y al mismo tiempo las células del Hilus. En tales casos una muy significativa producción de andrógenos por el estroma y el tejido Hilar ha sido encontrado in vitro junto con alguna producción de progesterona y E2. La aromatización de esos andrógenos en el tejido adiposo, puede también causar niveles de estrona y E2, conduciendo a un sangrado vaginal, hiperplasia endometrial y/o cáncer del endometrio.

Normalmente ambos, estroma ovárico y corteza adrenal, causaría una disminución de andrógenos y estrógenos circulantes con el tiempo. Un umbral de estrógenos para la producción vaginal de moco y cornificación, tendrían lugar diez años después de la menopausia y eventualmente, otras características secundarias femeninas .. atrofia .. El tiempo de esos eventos pueden, sin embargo ser diferentes de una mujer a otra debido a diferencias en la disposición genética, cantidad de grasa corporal, ligadura e inactivación estrogénica, stress. Impulsando a la corteza adrenal y posiblemente otros factores no identificados (4,5,6,7,8).

CARACTERISTICAS DE LAS FASES DEL CLIMATERIO

Premenopausia: Generalmente el primer dato climatérico es la alteración del patrón menstrual. En ésta fase los ovarios inician una disminución de sus funciones, observándose al principio una insuficiencia de la fase lútea con disminución de la producción de progesterona. Posteriormente se producen ciclos anovulatorios es decir, dejan de for

marse cuerpos lúteos con la consiguiente falta de progesterona. Presentándose alteraciones consistentes en sangrados genitales anormales en su cantidad, frecuencia y duración (oligomenorrea, hiperpolimenorrea), hasta desaparecer definitivamente. Durante éste período de transición pueden descubrirse cambios en la secreción de hormonas reflejando la función alterada del ovario que envejece, a pesar de persistir una función menstrual regular. En forma correspondiente, el aumento de concentración de FSH en el suero de la mujer premenopáusica sugiere una disminución en el número de folículos ováricos residuales funcionales (1,4, 5,6).

Menopausia: El acontecimiento endócrino que acompaña al envejecimiento de la mujer, es la supresión de la actividad ovárica cíclica normal. La pérdida de la función, se refleja en alteraciones de su secreción, el resultado es la amenorrea. El principio y el final de la función ovárica son generalmente graduales y están determinados en cada mujer genéticamente por factores raciales, constitucionales, nutricionales, educativos y sociales.

En ésta ciudad, el promedio de edad en la que aparece la menopausia es a los 49.7 años de edad, coincidiendo con los picos de incidencia de cáncer cervicouterino (48a) y el endometrial (59a). Los cambios metabólicos que tienen lugar durante éste período son fundamentalmente consecuencia de la disminución creciente de las funciones ováricas.

Se considera que la mujer se encuentra en plena meno-

pausia cuando ha dejado de menstruar durante un año. Menopausia Temprana, en los diez primeros años de la última menstruación. Y más de diez años del último ciclo se encuentra en la fase de Menopausia Tardía. Durante ésta etapa de la vida se producen cambios tanto físicos como psicológicos, pudiéndose desarrollar trastornos emocionales hasta el punto de la psicosis. La probabilidad de que el Climaterio desencadene algún trastorno mental es de alrededor de un caso en 50 000 y sólo aproximadamente 25% de todas las menopáusicas tienen algún tipo de sintomatología desquiciante. Por lo que, mientras mejor sea la salud mental de la mujer antes del climaterio, menos síntomas desagradables tendrá cuando ocurra.

A medida que disminuyen los estrógenos, aumenta la secreción de gonadotropinas hipofisarias, tratando de estimular la función ovárica debilitada. Estos trastornos hormonales causados por la menopausia, constituyen la fuente de inestabilidad del sistema vasomotor, el cual a su vez provoca irregularidad del diámetro de los vasos sanguíneos induciendo a los Bochornos (oleada de calor en cabeza, cuello, parte superior de tórax. Seguido de sudores), irregularidad y/o cese de menstruaciones. Siendo éstos, signos clínicos patognomónicos.

Al tiempo de la menopausia, algunas mujeres presentan un cuadro clínico que incluye no sólo la especificidad de deficiencia de estrógenos, como el bochorno, sino también un síndrome psicológico inespecífico caracterizado principalmente por: Ansiedad y depresión y otros como; irritabi-

lidad, insomnio y fatiga. Tanto la fisiología del envejecimiento como los factores ambientales de tensión peculiar de ésta edad, contribuyen a éstos cambios, la deficiencia de estrógenos los empeora y agrava. Este efecto de la falta de estrógenos está mediado o modulado por catecolaminas y prostaglandinas a nivel del sistema nervioso central.

La ansiedad se caracteriza por una sensación de inseguridad, aprehensión y miedo. Manifestándose por preocupación acerca de la edad o de uno mismo. La nerviosidad incluye síntomas como excitabilidad anormal e inquietud mental y física. La irritabilidad se caracteriza por una respuesta anormal a estímulos ligeros o sin importancia. Los signos de depresión mental incluyen: Incapacidad para tomar decisiones, apatía o inquietud interna, retraso psicomotor, pérdida de la libido y disminución de reacciones emocionales. Además de éstas manifestaciones psicológicas, las mujeres menopáusicas pueden irse percatando insidiosamente de una sensación de frustración interna o de carencia e incapacidad de sentirse satisfechas, junto con la imposibilidad de manifestarse como antes.

El climaterio se presenta en una etapa de la vida en que intervienen otros diversos factores emocionales, que pueden dar origen a un tipo reactivo de depresión. Entre ellos se incluyen "pérdida de femineidad", dificultades de trabajo del marido, los hijos que abandonan el hogar y la noción de que "la vida casi se ha acabado".

Una reacción de la mujer a éstas tensiones potencia -

les, resulta no sólo de sus propias experiencias sino también del recuerdo de la experiencia sufrida por la madre - menopáusica y por las actitudes de su marido. Por lo tanto muchos de los síntomas psicológicos y problemas resultantes se han atribuido a cambios ambientales y presiones sociales.

Durante años se ha especulado que algunos procesos - psiquiátricos observados en pacientes con enfermedad endócrina son secundarios a los efectos hormonales sobre el - sistema nervioso central. Recientemente, se ha empezado a aclarar las vías neuroanatómicas y los correspondientes - neurotransmisores (serotonina, indolamina, dopamina etc.), que actúan sobre las células neurosecretorias productoras de hormonas hipotalámicas inhibiendo ó estimulando zonas - determinadas del cerebro. El contenido y el recambio del - neurotransmisor, está afectado selectivamente por diversas hormonas, lo cuál explica un posible mecanismo sobre las - anomalías de las conductas observadas (1,2,3,5,8,9,10,11, 12,13).

Postmenopausia: Es el período variable desde el último ciclo menstrual hasta la supresión casi completa de la función ovárica, precediendo a la senectud. Conforme avanza la edad, disminuye la producción de estrógenos, condicionando a un aumento de las gonadotropinas hipofisiarias - (FL,FSH). Aunque se puede presentar un desajuste hormonal con disminución de estrógenos y aumento de andrógenos porque, en ausencia de folículos el epitelio germinal de ovario produce fundamentalmente androstendiona que puede ser

metabolizado a estrógenos ó bien, en algunos casos permanece como andrógenos, encontrándose clínicamente por: Hirsutismo, hipertrichosis, cambios en la voz, tendencia a la alopecia, atrofia genital, mamaria y aumento de la libido. De todo lo anterior, son sólo tres las consecuencias principales de la insuficiencia ovárica: Los bochornos, la atrofia genital y la osteoporosis. Considerándose éstas dos últimas, características de la fase postmenopáusica (6,11, 13).

Vaginitis atrófica: En los últimos años de ésta etapa se presenta la atrofia genital con vaginitis senil, siendo ésta sintomática en el 30% de las pacientes no tratadas. Ya que, la deficiencia estrogénica produce disminución en la cantidad de moco que conduce a la resequeidad vaginal, manifestándose como dispareunia. Al mismo tiempo predispone a la imposibilidad para el coito, facilita la aparición de sangrado, al prolapso uterino, así como a la disminución del esfínter vesical, que junto con las alteraciones de la estática pelvigenital produce incontinencia de esfuerzo.

Clinicamente se observa la mucosa delgada, roja y brillante; con imposibilidad para insertar el espejo vaginal. En edad más tardía, la atrofia de la mucosa se vuelve más vulnerable a las infecciones, particularmente si está asociado al prolapso uterino.

Todo lo antes mencionado, puede en un momento dado - llevar a la ruptura del matrimonio debido a la relación -

sexual dolorosa. Causando un resentimiento en la esposa y como causa secundaria, impotencia en un esposo ancioso. Sin embargo actualmente existe un tratamiento adecuado a base de lubricantes y hormonales, con lo que la pareja descubre que el sexo es posible y agradable. Un estudio hecho en América, mostró que cerca del 60% de los hombres y mujeres, siguen teniendo interés sexual por arriba de los 78 años de edad. Por lo que el médico debe estar preparado para ayudar con los problemas sexuales que se le presenten (6,10,11,12).

Osteoporosis: La formación ósea consta de dos fases. La primera consiste en el depósito de los osteoblastos en los huesos y la formación de la matriz ósea y, la segunda en el depósito de calcio sobre dicha matriz. En la postmenopausia, hay un déficit en la formación de matriz ósea y por lo tanto una disminución de la calcificación de la misma, dando lugar a una resorción ósea. Esto debido a una deficiencia estrogénica, aunque se debe tomar en cuenta que existen otros factores que influyen en su presentación (hiperparatiroidismo, insuficiencia renal, aporte insuficiente de calcio). Alrededor de un 25% de las mujeres postmenopáusicas no tratadas, desarrollan cierto grado de osteoporosis suficiente para producir signos y síntomas clínicos significativos como: Dolores dorsales y deformaciones, - - fracturas fáciles. Afectando principalmente la columna vertebral y los huesos de la pelvis, reflejándose por pérdida progresiva de la talla corporal y xifosis creciente. Volviéndose más intenso e invalidante a medida que el proceso avanza. Produciéndose fracturas de vértebras y herniación

de discos intervertebrales que raras veces dan síntomas de compresión medular. Entre otros hallazgos por hipofunción ovárica están: La regresión de glándulas mamarias, la formación de arrugas, la calvicie, la pérdida del tono muscular etc. (10,11,14).

Tratamiento: Uno de los objetivos reales que debe pretender el médico cuando las pacientes demandan éste tipo - de consulta, es el de hacerles entender las fases irremediables del Síndrome Climatérico por las que atraviesa su vida y así disminuir su angustia y ansiedad ante lo inesperado y desconocido. Logrando que acepten con más optimismo su realidad. Lo antiético sería hacerles creer que, con el tratamiento prescrito habría una regresión total de su sintomatología y no una disminución de ellas.

Antes de un tratamiento hormonal es conveniente: Una historia clínica, una citología exfoliativa vaginal. El uso de estrógenos es un medicamento específico, su administración tiene por objeto controlar la sintomatología y las repercusiones en el mismo individuo. Es recomendable también el uso de cualquier método anticonceptivo, dos años - después del último ciclo, en mujeres por debajo de los 50 años de edad. Y un año después en aquellas de más de 50 años. Recordándose que no es benéfico el tratamiento hormonal combinado en mujeres mayores de 45 años de edad. El uso de estrógenos en forma de óvulos o jaleas vaginales, es tán indicados fundamentalmente en las vaginitis seniles. - Cuando en la postmenopausia no mejora la sintomatología - con psicoterapia o ansiolíticos, pueden utilizarse dosis -

bajas de estrógenos siempre y cuando se hagan controles ci
tológicos. No deben descuidarse además las medidas genera-
les como la dieta adecuada en aporte calórico, proteínas,
calcio, fósforo etc. (1,4,10,15).

HIPOTESIS

Si la inestabilidad del Sistema vasomotor es causada por una hipofunción ovárica durante la menopausia; luego - entonces el Síndrome psicológico que se observa, pudiera - corresponder a otro tipo de factores y no meramente a un - trastorno hormonal de tipo ovárico. Por lo que probablemente se inicie antes del período menopáusico.

OBJETIVOS

- a) Al término del estudio se tendrá una visión más amplia de lo que es el Síndrome climatérico, así como sus fases y características propias de cada una.
- b) Se clarificará la naturaleza del Síndrome menopáusico.
- c) Se investigará cuales son los principales síntomas manifestados en ésta edad.
- d) Se demostrarán los picos de prevalencia de los síntomas físicos y mentales por edad y sexo.
- e) Se determinará si existe relación, de un grupo de síntomas mentales en la menopausia.
- f) Al término del estudio, se comprenderán los grandes problemas a los que se enfrentan, en especial las mujeres en la edad media.
- g) Los resultados de éste estudio reforzará la visión del Síndrome menopausico. Pero no el curso concerniente a la efectividad hormonal.
- h) Se verificará si el tipo de recolección de información (entrevista, encuesta), fué útil para llevar a cabo el estudio.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en una muestra de población tomada al azar, en la HGZ No. 68 del IMSS, la cual fué encuestada y/o entrevistada. Se incluyeron mujeres con una edad media de 35 a 65 años de edad, provenientes de medio socioeconómico medio; excluyéndose a aquéllas que estuvieran bajo un tratamiento hormonal para el Síndrome Climático, con padecimientos crónicos ó enfermedades mentales previas. Así como, no contar con antecedentes de menopausia artificial secundarios a histerectomía y ooforectomía bilateral.

En un intento, para la realización de un mejor trabajo. Se hizo una examinación de los síntomas a manera de cuestionarios y entrevistas individuales. Se abordó un grupo amplio de edad, con el fin de cubrir las desventajas que habría con un estudio limitado. Aunque algunas de las preguntas eran sugestivas, se evitó que las participantes conocieran plenamente el objetivo principal en lo concerniente a la menopausia. Se tomó en cuenta la distribución de la clase social, debido a que en cada estrato varía la respuesta dada. Además, dentro del cuestionario se aplicaron una serie de preguntas orientadas a construir un tras-

de tipo mental, con el fin de observar la relación que pudiera existir con la menopausia.

Una vez obtenidos los datos; fueron analizados y posteriormente calculadas las respuestas positivas dadas, con sus respectivos porcentajes. Los resultados se graficaron por edad y por sexo, en grupos de cinco años. Al mismo tiempo se dividieron de acuerdo al Climaterio, tomando para ello la edad aproximada en la presentación de cada fase. Terminado ésto, se hizo una comparación de las respuestas positivas dadas de los síntomas psicológicos con las diferentes etapas del Síndrome Climatérico.

Además cabe mencionar, que el cuestionario aplicado - contiene un encabezado, el cuál permite de primera instancia calificar a la participante como candidata a ingresar ó no al estudio. Algunos datos ginecobtétricos importantes así como, preguntas con respuestas largas y cortas, éstas últimas con la capacidad de ser evaluadas por su grado de intensidad.

CUESTIONARIO LLEVADO A CABO EN MUJERES DE 35-65 a.
PERTENECIENTES A LA HGZ No.68

1.- CONTESTE BREVEMENTE LOS DATOS QUE SE LE PIDEN.

Sexo _____ Estado Civil _____

Edad _____ Escolaridad _____

Edad de la primera menstruación _____

Intervalo entre cada menstruación _____

Número de hijos (vivos y muertos) _____

Fecha de última menstruación _____

2.- TACHE CON UNA (X) EL PARENTESIS QUE USTED CONSIDERE -
MAS CERCANO A SU RESPUESTA, TOMANDO EN CUENTA LOS DIAS
DE LA SEMANA.

a) ¿Se ha fatigado más pronto ultimamente?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

b) ¿Ha presentado insomnio ultimamente?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

c) ¿Ha tenido bochornos o sudoraciones?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

d) ¿Ha tenido dolores de cabeza ultimamente?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

e) ¿Ultimamente ha cursado con dolor de espalda ó pecho?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

f) ¿Se ha vuelto ultimamente olvidadiza?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

g) ¿Ha cursado con sensación de hormigueo en su cuerpo?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

h) ¿Se irrita facilmente?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

i) ¿Ha tenido ultimamente palpitaciones?

Nunca() 1-3v/sem() 4-6v/sem() Diario()

3.- TACHE CON UNA (X) EL PARENTESIS QUE USTED CONSIDERE MAS CERCANO A SU RESPUESTA, DANDO UNA BREVE EXPLICACION CUANDO SE LE PIDA.

a) ¿Ha disminuido el interés por sus relaciones sexuales?
SI () NO ()

b) ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
SI () NO ()

c) ¿Ultimamente se ha sentido más inquieta?
SI () NO ()

Sí, por que causa: _____

d) ¿Se siente insatisfecha, ante la imposibilidad de manifestarse como antes?
SI () NO ()

e) ¿Ha notado que ultimamente, todo lo que la rodea le causa indiferencia?
SI () NO ()

f) ¿En su hogar han surgido problemas que repercuten en su vida personal?
SI () NO ()

Sí, ¿Cuál es el más importante para usted? _____

g) ¿Tiene la noción de que la "vida se ha acabado"?
SI () NO ()

Sí, ¿Porqué? _____

h) ¿Su femineidad, está disminuyendo?
SI () NO ()

i) ¿Es cada vez más lenta su marcha?
SI () NO ()

j) ¿Ha tenido alguna dificultad para llevar a cabo sus relaciones sexuales?
SI () NO ()

Sí, ¿Que molestias siente? _____

RESULTADOS

Este estudio fué llevado a cabo en una muestra de población de 660 mujeres, con edades incluidas en toda la fase del período Climatérico, que va de los 35 a los 65 años de edad. El total de respuestas positivas relacionadas con la menopausia fueron de 1491, de las 522 encuestas realizadas. Tomando en consideración que fueron excluidas 148 encuestas, pertenecientes a mujeres de bajo nivel sociocultural, aquéllas con respuestas incompletas y con menopausia artificial por histerectomía, ooforectomía bilateral y enfermedades sistémicas. Así como las que estuvieran bajo tratamiento hormonal.

El método utilizado fué através de entrevistas y cuestionarios semiestructurados por 20 preguntas y un apartado de 8 preguntas con datos ginecológicos, nivel escolar y estado civil. Además, no solamente fueron evaluados los trastornos menopáusicos, sino también aspectos de tipo psicológico. El estudio se siguió durante 5 meses, los resultados obtenidos más fidedignos, fueron los proporcionados por la entrevista, ya que el semiestructurado se caracterizó por una gran proporción de respuestas negativas, a menudo dudas ó con dificultad para la traducción de los síntomas, -

para introducirlos dentro de una categoría diagnóstica, so
bre todo, los de la etapa premenopáusica.

El abordaje básico fue, el de ir analizando los datos y sumando las respuestas positivas para las preguntas de -
síntomas individuales, en grupos de 5 años de edad. Los re
sultados para las mujeres en edad menopáusica fueron poco
satisfactorios, debido a la variación en el número de muj
eres encuestadas, pertenecientes a una fase determinada. -
Contando ésta fase con 113 mujeres con un porcentaje del -
21.6% pero, a pesar de ello se observó un pico de prevalen
cia de síntomas menopáusicos correspondientes a ésta edad.
Lo cuál en el estudio fué estimado a ser, aproximadamente
alrededor de los 50-52 años de edad. Permitiendo una vez -
más establecer que éstos, sean interpretados en términos -
de edad menopáusica.

El tipo de respuestas mostradas en el cuadro, fueron
evocadas en base a la tabla de Kupperman, que incluye sín-
tomas característicos de la menopausia por orden de fre-
cuencia. Colocándose a los Bochornos como uno de los sínto
mas patognomónicos. Haciendo una diferenciación con ésta -
tabla y con los resultados obtenidos en las mujeres estu-
diadas. El bochorno se clasificó en el 4to. lugar con 71 -
respuestas positivas, correspondiendo al 13.60% del total
de la encuesta aplicada. Obteniendo como primer lugar la -
cefalea, seguida de la fatiga e irritabilidad; con un núme
ro de respuestas positivas de: 94 (18.00%), 91 (17.43%), -
74 (14.17%), del total de encuestas respectivamente.

El segundo tipo de cuestionario formulado, correspon-

dió a síntomas mentales, através del cuál se formularon - preguntas que reflejaban el estado de ansiedad, depresión y otros tales como; irritabilidad, insomnio y fatiga etc. De éstos se observaron picos de prevalencia claramente asociados con una edad justa precediendo a la edad de la menopausia. Como primer lugar se encontró a la irritabilidad, seguida por la fatiga, ansiedad, insomnio y depresión. Con un total de respuestas positivas de: 141 (27.01%), 133 (25.47%), 108 (20.68%), 79 (15.13%), 66 (12.64%), respectivamente del total de encuestas realizadas.

Además de éstos hechos, se encontraron otros tipos de problemas que influyeron en el estudio, tales como: Problemas económicos, familiares y de disfunción sexual.

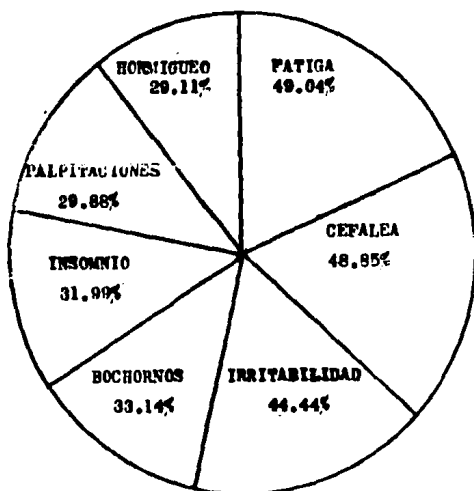
**PORCENTAJE DE TRASTORNOS MENOPAUSICOS, DISTRIBUIDOS EN LAS
FASES DEL SINDROME CLIMATERICO.**

S I N T O M A S	No. de encuestas con respuestas positivas	PRECLIMATERIO %	PREMENOPAUSIA %	MENOPAUSIA %	POSTMENOPAUSIA %
Cefalea	255	16.85	9.19	18.00	4.78
Fatiga	256	16.09	9.38	17.43	6.13
Irritabilidad	232	18.96	8.04	14.17	3.25
Bochornos	173	9.38	5.55	13.60	4.59
Palpitaciones	156	7.85	6.13	11.30	4.59
Insomnio	167	9.57	5.55	11.11	5.74
Hermiguelo	152	9.38	5.55	10.15	4.02

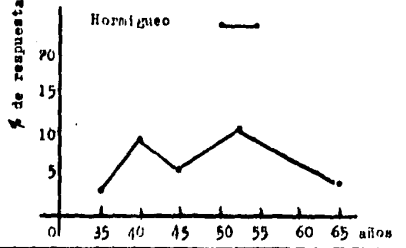
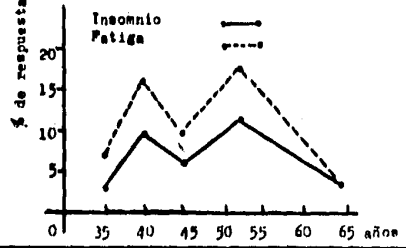
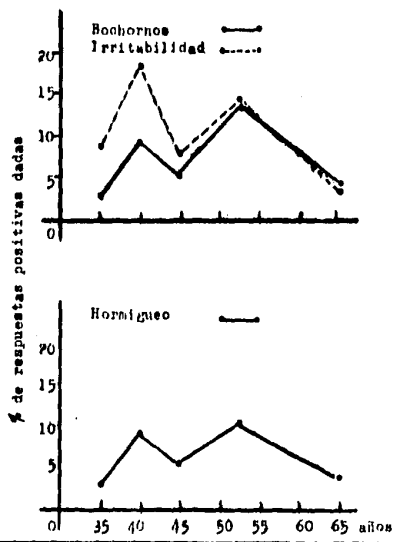
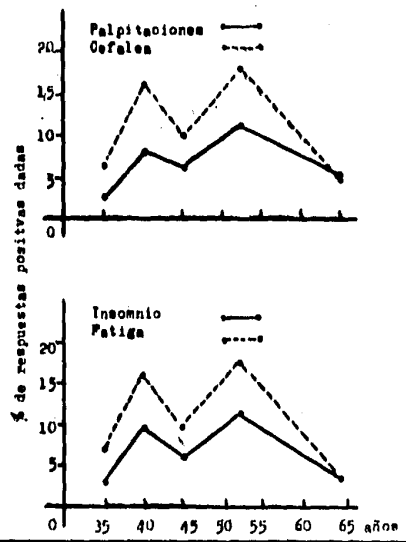
T O T A L 1391

Fuente: Encuesta realizada en 522 mujeres de 35-65 años de edad, en la HQZ No. 68 IMSS.

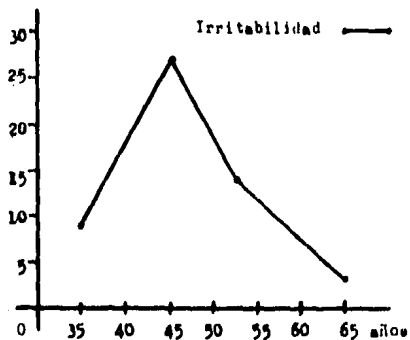
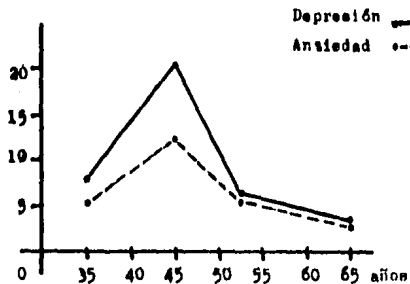
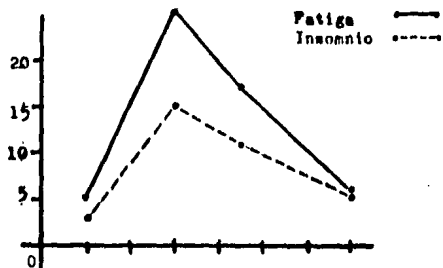
PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SOBRE SINTOMAS
CLIMATERICOS EN MUJERES DE 35-65 AÑOS
DE LA HGZ No.68 IMSS



MODELOS DE SINTOMAS CLIMATERICOS POR EDAD, MOSTRANDO LOS DIFERENTES TIPOS DE RESPUESTAS DADAS POR MUJERES DE 35-65a.



PICOS DE INCIDENCIA DE RESPUESTAS POSITIVAS SOBRE SINTOMAS PSICOLOGICOS
 EN MUJERES DE 35-65 AÑOS DE EDAD DE LA HOZ 68



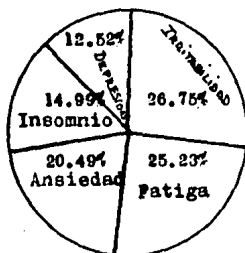
**PORCENTAJE DE TRASTORNOS MENTALES, DISTRIBUIDOS EN DIFERENTES FASES
DEL CLIMATERIO**

S I N T O M A S	PREMENOPAUSIA		MENOPAUSIA		POSTMENOPAUSIA	
	No. de Encuestas	%	No. de Encuestas	%	No. de Encuestas	%
Irritabilidad	141	27.01	74	14.17	17	3.25
Fatiga	133	25.47	91	17.43	32	6.13
Ansiedad	108	20.68	34	6.51	18	3.44
Insomnio	79	15.13	58	11.11	30	5.74
Depresión	66	12.64	31	5.93	14	2.68

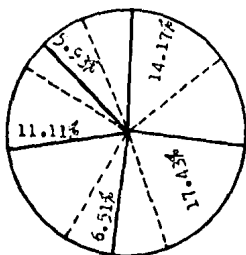
Fuentes: Encuesta realizada en 522 mujeres de 35-65 años de edad, en la HOZ No. 68 IMSS

DIFERENCIACION DE SINTOMAS PSICOLOGICOS EN DIFERENTES
ETAPAS DEL SINDROME CLIMATERICO EN MUJERES
DE 35-65 AÑOS. DE LA HGZ No.68 INSS

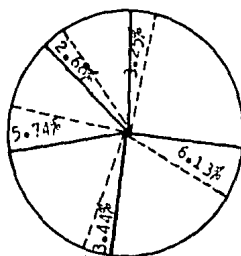
PREMENOPAUSIA



MENOPAUSIA



POSTMENOPAUSIA



DISCUSION

El enfoque primordial del estudio; fué el de abordar al período Climatérico por el cuál atraviesa la mujer en edad media. Durante ésta fase, la mayor parte de las quejas son por síntomas de tipo psicológico y vegetativo. - Aunque cabe decir, que en algunas mujeres pasa desapercibido debido a un adecuado equilibrio psicofisiológico ó bien, porque están previamente enteradas del problema al que tarde o temprano se enfrentarán, logrando disminuir su estado de aprehensión. No así en otro grupo de mujeres, - las cuales sienten temor ó miedo manifestado por: Ansiedad y depresión; influyendo a la vez otro tipo de factores como son; las actitudes propias del marido ante la nueva situación de su esposa y los de tipo cultural. Ultimamente se ha venido aclarando, que los efectos producidos por el déficit hormonal en el SNC, sería un mecanismo que explicaría en algún momento las anomalías de la conducta observada.

Por otro lado, también fueron evaluados los trastornos característicos de la menopausia. Las respuestas proporcionadas en el estudio, son experiencias verosímiles de de síntomas cuya prevalencia y severidad, están sujetas a

variaciones individuales de cada edad. El gran número de - respuestas negativas observadas, hace pensar en una probable frustración interna enmascarada por un mecanismo de de fensa inmediato, antes de comprometer a su Yo. Manifestado por reacciones de agresividad o a través de la represión, condicionando un estado reactivo de depresión. Que tiene - que soportar junto con otras molestias, antes de que surja la fase de "calma" ó adaptación con el curso de los años.

En cuanto a las preguntas de aspecto sexual, se encon tró un gran número sin respuesta y otras señalando una ac tividad sexual inhibida. Probablemente debido a tabúes so- cioculturales, a la rutina ó simplemente a otro tipo de al teración.

CONCLUSIONES

La pregunta acerca de la relación entre Climaterio y trastornos mentales, fué el camino apropiado y necesario - para estudiar una muestra de población, representada por - mujeres en edad media. La razón más importante para poder llevarlo a cabo, es porque el Climaterio es un proceso de varios años y debido a ello es posible que ocurran cambios psicosociales y fisiológicos. Dentro de éstos últimos se - encuentra un conjunto de síntomas vasomotores y otros que acompañan a la edad menopáusica, como consecuencia de una hipofunción paulatina del ovario para la secreción normal de estradiol como "hormona natural". Ciertamente los sín - tomas son obvios pero, muchas de las veces son deliberada - mente encubiertos por las mujeres, utilizando mecanismos - de defensa, ante el proceso que para ellas resulta doloroso. Hasta que se llega a un período de adaptación psíquica y orgánica.

Previamente a ésta fase. Las mujeres de ésta edad vi - ven en la incertidumbre acerca de ¿Que es lo que se les es - pera a partir de la cuarta década de la vida?. Creándose, sensaciones de temor y miedo a lo desconocido, manifestán - dose por una serie de trastornos psicológicos, que aunados

a factores socioculturales y al cese paulatino hormonal, - conlleva a que tal síndrome se presente antes de la Menopausia.

De acuerdo a los resultados obtenidos en éste estudio. Se llega a la conclusión, de que se cubrió la mayor parte de los objetivos previstos a su inicio, así como, a la confirmación de la relación existente, entre la incidencia de trastornos psicológicos con la Menopausia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Joachim U. Hormonoterapia en Ginec Obstetricia. (3a ed).
Barcelona: Alhambra, 1972.
- 2.- Kupperman H.S, Wethcler B.B, Blatt M.H. (1959). Contemporary therapy of the menopausal syndrome. J Am Med 171 (1627): 124-28
- 3.- Hallstrom T, Samuelsson S. (1985). Mental health in the climateric. Acta Obstet Gynecol Scand. Suppl 130:13-18
- 4.- Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 IMSS. Ginecología y Obstetricia. (2a ed). México: Pco. Méndez Oteo, 1980.
- 5.- Benson R C. Manual de Ginecología y Obstetricia. (7a ed) México: El Manual Moderno, 1980.
- 6.- Novak E R. Tratado de Ginecología. (9a ed). México: Interamericana, 1977;90-92, 686-96
- 7.- Nilsson L. (1985). The hormonal situation in the perimenopausal period. Acta Obstet Gynecol Scand. Suppl 130: 9-11
- 8.- Chang R J, Judd H L. El ovario después de la menopausia Clin Obstet Gynecol. 1981; 24(1):185-195
- 9.- Samsioe G, Bryman I, Ivarsson E. (1985). Some anthropological aspects of the climateric syndrome. Acta - Obstet Gynecol Scand. Suppl. 130:5-7

- 10.- Coope J. Menopause: Diagnosis and treatment. Br Med J 1984; 289(23): 888-90
- 11.- Coope J. Menopause: Associated problems. Br Med J - - 1984; 289(23): 970-72
- 12.- Morrell M J. Dixen M J. The influence of age and cycling status on sexual arousability in women. Am J Obstet Gynecol 1984; 148(1): 67-70
- 13.- Carolyn B C. Edad, estrógenos y psique. Clin Obstet Gynecol 1981; 24(1): 225-233
- 14.- Worley R J. Edad, estrógenos y densidad ósea. Clin - Obstet Gynecol 1981; 24(1): 207-223
- 15.- Easterling W E. Managing the menopause. Practical Therapeutics. 1973; 7(3): 137-42